

개인의료보험과 Apple Health (Medicaid) 서비스 카드를 이용하여 의료 혜택을 받는 방법

Q: 개인의료보험에 가입해도 Apple Health의 혜택을 받을 수 있나요?

A: 네, 받을 수 있습니다. Apple Health와 개인의료보험 둘 모두 가입하면 큰 도움이 됩니다. Apple Health 가입 자격만 된다면, 공동보험료, 세금 공제 및 개인의료보험이 보상해주지 않는 서비스의 혜택을 받으실 수 있습니다.

Q: 개인의료보험과 Apple Health에 동시 가입해 있다면 의사나 기타 의료진에게 어느 보험에 가입해 있다고 말해야 하나요?

A: 개인의료보험과 Apple Health 서비스 카드를 둘 다 받아주는 의료진을 찾아가는 것이 중요합니다. 의사나 기타 의료진에게 진료를 받을 때 개인의료보험 카드와 서비스 카드를 **둘 다** 제시하십시오. 개인의료보험과 Apple Health를 받아주지 않는 의료진에게 의료 서비스를 받았다면 환자 개인이 의료비를 부담해야 합니다.

Q: 의사나 다른 의료진이 개인의료보험이나 서비스 카드를 받아주지 않으면 어떻게 해야 하나요?

A: Apple Health와 개인의료보험을 둘 다 받아주는 의료진을 찾아야 합니다. 보험사에 전화해 집에서 가까운 곳에 위치한 의료진의 위치를 파악해달라고 도움을 요청해야 할 수도 있습니다.

Q: 제 개인의료보험이 진료비를 보상해주지 않으면 어떻게 됩니까?

A: 의사는 먼저 귀하가 가입한 개인의료보험 회사에 진료비를 청구합니다. 진료비가 개인의료보험으로 보상되지 않고 Apple Health로 보상된다면, Apple Health에 진료비를 청구할 것입니다. 나중에 잡음이 생기지 않도록, 의료진이 서비스 카드를 수용하고 Apple Health에 의료비를 청구하는지 반드시 확인하십시오.

Q: 메디케이드에서 제 개인의료보험 보험료를 지불하도록 하려면 어떻게 해야 하나요?

A: 저희에게 전화 주십시오. 귀하가 가입한 개인의료보험, 보험료 금액, 보험료 지불 시한, 보험료 지불 주체가 귀하인지 고용주인지에 대한 정보를 저희가 알아야 합니다. 이런 정보를 모두 입수한 뒤, 저희가 귀하의 보험료를 지불할 수 있는지 여부를 알려드리겠습니다.

Q: Apple Health의 지불금과 의료진의 청구금 사이에 차이가 있으면 제가 그 차액을 지불해야 하나요?

A: 그렇지 않습니다. Apple Health를 수용하는 의사와 기타 의료진이라면 이미 Apple Health의 지불금을 받고 차액을 청구하지 않는다는 데 동의한 상태입니다. 의료비 청구서를 받게 되면 즉시 저희에게 연락하십시오. Apple Health 보상 서비스에 대해 개인 의료비 청구를 할 수 없습니다.

Q: 제 개인의료보험이 만기되거나 변경사항이 생기면 어떻게 해야 하나요?

A: 저희에게 전화를 하여 보험 범위 변경사항을 저희에게 알려 주시는 것이 중요합니다. 귀하의 개인 파일을 업데이트하고 자격이 유지되는 한 Apple Health의 의료 혜택을 계속 받으실 수 있도록 해드리겠습니다.

Q: 장기의료(LTC) 보험에 가입해 있어도 Apple Health의 혜택을 받을 수 있나요?

A: 네, 받을 수 있습니다. 귀하가 자택, 생활 보조 시설, 성인 패밀리홈 또는 요양원에서 요양을 할 때 귀하의 LTC 보험으로 비용 전액을 충당할 수 없다면 Apple Health가 LTC 비용을 보조해드릴 수 있습니다. 보험사로부터 보험 수당 수표를 직접 받으셨다면, 해당 수표를 요양 시설에 보내셔야 합니다.

Q: Apple Health 수혜 자격이 되는데 LTC 보험을 유지해야 하는 이유는 무엇인가요?

A: 귀하가 항상 Apple Health 대상으로 적합할 거라는 보장이 없습니다. 귀하에게 추가 수입원이나 자산이 생겨서 귀하의 자격이 종료될 수도 있고 입법부가 일부 프로그램에 대한 재정 지원을 줄일 수도 있습니다. LTC 보험 가입을 취소하면 나중에 철회할 수 없을지도 모릅니다. LTC 보험 가입자이시면 사망 시 사유지에 대한 채무도 줄어듭니다.

Q: 사회보장번호가 왜 필요하니까?

A: 연방법에 따르면 Medicaid 혜택을 신청하는 사람은 누구나 사회보장번호를 제시해야 합니다 (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b)). 이 법규는 저희가 귀하에게 정확한 보험 수당을 지불하고 보험 수당이 초과 지급되었을 경우 금액을 돌려 받는 데 도움이 됩니다.

Q: 다른 의문사항이 있을 경우 어떻게 해야 하나요?

A: 개인의료보험에 관한 질문은 해당 보험사에 직접 전화하십시오. 서비스 카드와 개인의료보험을 동시에 이용하는 문제에 관해 추가 지원이 필요하시면, 아래 번호로 전화해 주십시오.

수당 조정 무료 전화 1-800-562-3022 ext. 16134

월요일: 7:30 a.m. – 4:30 p.m.

화요일 – 금요일 7:30 a.m. – 1:00 p.m

의료 혜택 정보				
중요 정보: 이 서식의 목적은 귀하가 개인의료보험 가입자인지 파악하는 것입니다. 개인의료보험 가입자도 Apple Health (Medicaid)의 보상을 받을 수 있습니다. 서식을 작성하신 후, 첨부된 봉투에 넣어 반송해 주십시오.(주소: Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565). 본 서식에 관한 질문은 1-800-562-3022 x16134으로 문의해 주십시오.				
수혜자/의뢰인 이름	날짜	전화번호	생년월일	ACES 고객 ID#
A. 의료보험(군인 보험 수당을 포함) 가입자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				
B. 치과의료보험 가입자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				
C. 최근 12개월 동안에 의료 또는 치과의료 보험에 가입했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				
D. 장기요양(LTC) 보험 가입자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오? 장기요양보험 가입자라면 보험 종류를 표시해 주십시오: <input type="checkbox"/> 요양원 <input type="checkbox"/> 생활 보조 <input type="checkbox"/> 성인 패밀리 홈 <input type="checkbox"/> 가정 간호 <input type="checkbox"/> 기타: _____				
상기 질문들 중 어느 하나에라도 "예"라고 대답했다면, 각 보험약관에 대해 다음 항목들에 답변해 주십시오 (필요하다면 추가 종이를 이용하십시오):				
1. 보험약관 종류: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과의료 <input type="checkbox"/> 장기 요양		이 보험약관의 보상을 받는 사람들의 목록 (필요하면 추가 종이 이용)		
			이름	생년월일
보험 이름		전화번호	1.	
주소 (카드에 적힌 주소)			2.	
보험약관 번호	보험약관 개시일	보험약관 만료일	3.	
보험 가입자 이름	보험 가입자 생년월일		4.	
고용주	노동조합 이름과 지역 번호 (해당되는 경우)		5.	
2. 보험약관 종류: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과의료 <input type="checkbox"/> 장기 요양		이 보험약관의 보상을 받는 사람들의 목록 (필요하면 추가 종이 이용)		
			이름	생년월일
보험 이름		전화번호	1.	
주소 (카드에 적힌 주소)			2.	
보험약관 번호	보험약관 개시일	보험약관 만료일	3.	
보험 가입자 이름	보험 가입자 생년월일	보험 가입자 SSN	4.	
고용주	노동조합 이름과 지역 번호 (해당되는 경우)		5.	
3. 보험약관 종류: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과의료 <input type="checkbox"/> 장기 요양		이 보험약관의 보상을 받는 사람들의 목록 (필요하다면 추가 종이 이용)		
			이름	생년월일
보험 이름		전화번호	1.	
주소 (카드에 적힌 주소)			2.	
보험약관 번호	보험약관 개시일	보험약관 만료일	3.	
보험 가입자 이름	보험 가입자 생년월일	보험 가입자 SSN	4.	
고용주	노동조합 이름과 지역 번호 (해당되는 경우)		5.	

보험료 지불 프로그램		
Apple Health 보상을 받고 있고 개인의료보험 가입자인데 건강보험료 지원을 받고 싶다면, 1-800-562-3022 x15473으로 전화해 주시거나 "HCA 보험료 지불 프로그램 신청서"(HCA 13-705)를 작성해 주십시오. 수혜 자격이 되는지 확인해 드리겠습니다. 신청서는 http://www.hca.wa.gov/medicaid/forms/documents/13_705.pdf 에서 온라인으로 다운로드 받으실 수 있습니다		
상해 정보		
귀하 또는 귀하가 대리 신청하는 사람이 최근 5년 동안에 의료보험이 필요한 사고를 당한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		사고 발생일
사고 원인: <input type="checkbox"/> 자동차 <input type="checkbox"/> 업무 중 (L&I) <input type="checkbox"/> 의료과실 <input type="checkbox"/> 사업장 또는 다른 홈에서 입은 인신 상해 <input type="checkbox"/> 결함 있는 상품 <input type="checkbox"/> 범죄 행위 <input type="checkbox"/> 기타: _____		
자동차사고에 체크 표시했다면, 이 섹션의 나머지 부분을 작성해 주십시오		
사고 발생 위치 (도로/교차로, 시, 카운티, 주)		
보험회사가 사고 처리에 관여하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
보험 가입자 이름		
보험사 이름	보험사 주소	
청구 번호	보험약관 번호	
손해 사정인 이름	손해 사정인 전화번호	
사고로 상해를 입은 사람(들)의 이름 (필요하면 추가 종이 이용)		상해
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
변호사가 관여하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
변호사 이름	변호사 전화번호	변호사 주소
본인은 본인이 수혜자로 있는 보험 약관의 보상에 관한 필수 정보를 건강/의료 혜택의 조정을 목적으로 의료보험당국(Health Care Authority)에게 배포하는 것을 정식으로 인가합니다. (WAC 182-503-0540)		
서명	날짜	